

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

313

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Armin GUTMAN

Né le 31 décembre 1903 à Sighetul-Marmatiel (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU SEIN

CHEZ L'HOMME

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°. —

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Armin GUTMAN

Né le 31 décembre 1903 à Sighetul-Marmatiei (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU SEIN

CHEZ L'HOMME

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Leon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVAUSS.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEUL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VI' LARÉT.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MOCQUOT.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD . . .	Histologie.
CATHALA . . .	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DOGNON . . .	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD . . .	Parasitologie.
GASTINEL . . .	Bactériologie.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU . . .	Pathologie médicale.
HALPHEN . . .	Oto-rhino laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN . . .	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
JUSTIN-BESANÇON . .	Hydrologie.
LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL . .	Obstétrique.
LAROCHE(Guy) . .	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE . . .	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSY . .	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET . .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS . .	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE . . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE . .	Parasitologie.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BROCQ	Clinique chirurgicale.
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CADENAT . . .	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . .	Clinique médicale.	GATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
BRULE. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHABROL . . .	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	QUENU	Clinique chirurgicale.
DONZELOT . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	VELTER	Clinique chirurgicale.
LIAN	Clinique médicale.	ECALLE	Clinique obstétricale.
SÉZARY	Clinique médicale.	GUENIOT. . . .	Clinique obstétricale.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
		METZGER	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Pour les assurer de ma tendresse et
de ma piété filiale.*

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MON ONCLE

SAMU GUTMAN et à sa Famille

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur LOEPER

Professeur de Clinique médicale à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Je l'assure ici de toute ma reconnaissance et le remercie affectueusement d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur LOUIS ROY

Interne des Hôpitaux de Paris

*Dont je ne saurais oublier les gages
d'amitié qu'il m'a sans cesse pro-
digés.*

A MES AMIS D'ENFANCE

MM. les Docteurs N. BERGER

J.-E. KLEIN

S. MOLDOVAN

E. ROTH

N. SALZBERGER

E. WERTHEIMER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON GRAND AMI MARTIN STEG
ET A SA FAMILLE

AVANT-PROPOS

Qu'il me soit permis avant tout de rendre hommage à M. le Professeur Løper, qui m'a toujours donné les marques de la plus grande bienveillance et qui a été pour moi un appui moral dans des heures les plus difficiles. Qu'il soit assuré de ma profonde reconnaissance et de mon entier dévouement.

C'est à M. le Professeur Løper et à son Collaborateur, M. Louis Roy, interne des hôpitaux, qui a été pour moi un guide incomparable, que je dois le sujet de ma thèse.

Qu'ils veuillent bien agréer l'expression de ma profonde gratitude.

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

Historique

Beaucoup plus que celui de la femme le cancer du sein chez l'homme a fait de nombreux travaux.

Sur 2452 cas de carcinome mammaire William ne trouve que 25 hommes. Grosse donne une proportion de 2 %. Schultess celle de 139 %. Poirier a pu rassembler une centaine de cas.

On est étonné de trouver la plus forte proportion chez les Anglais. En effet Poirier a constaté après les travaux qu'il a étudiés que sur 160 cas 60 lui appartiennent. Cette proportion ne tient pas à une étude plus approfondie des faits, mais simplement à une plus grande fréquence de l'affection chez les Anglais.

En 1872 Heurteloup avait réuni 96 observations.

Wainwright a observé 154 cas chez des Asiatiques ou des nègres américains.

En Allemagne cette même maladie est assez rare pour qu'on en trouve relatés à peine quelques cas.

En France Herrenschmidt en 1921 présente ses 16 observations personnelles de tumeurs du sein chez l'homme dont 8 adénofibromes et 8 tumeurs malignes dont 2 sarcomes et 6 épithéliomas.

Sa fréquence varie suivant les auteurs, elle est de 9,8 % pour R. Willians Tovok, Wittelschoffer, de 4 %

pour Fiedler de 6 % pour Chalot et 1 % pour le professeur Ducuing.

Survenant de préférence entre 40 et 70 ans Poirier a relevé les âges suivants :

de 20 à 30 ans	1
» 30 à 40 »	7
» 40 à 50 »	13
» 50 à 60 »	16
» 60 à 70 »	15
» 70 à 80 »	3
» 80 à 90 »	1

et d'après le même auteur sur 47 cas, 23 fois le sein gauche était pris, 13 fois le droit. Une fois les deux mamelles étaient atteintes.

En 1897 Chalet signale 5 cas chez l'homme sur 84 tumeurs de sein.

Enfin, d'après le Bureau de Recensement d'Angleterre 5339 cas de cancers du sein ont été examinés jusqu'en 1926, pour lesquels l'homme entre dans une proportion de 9,98 %.

Donc le cancer du sein chez l'homme est beaucoup moins fréquent que chez la femme, il n'en existe pas moins et n'est pas aussi rare qu'on veut bien le prétendre quelquefois.

NOTIONS DE PHYSIOLOGIE ET D'ANATOMIE

Jusqu'à la puberté la glande mammaire ayant la même origine embryologique chez les deux sexes se développe de la même façon. On voit à la naissance chez les deux sexes une sécrétion lactée et ceci dans une proportion de 50 % à partir du 4^e jour.

Après la puberté se produisent certaines modifications anatomiques avec d'autres caractères sexuels chez la femme, cependant que chez l'homme l'évolution s'arrête et l'état rudimentaire reste définitivement stationnaire.

Les acinis nombreux chez la femme se rencontrent très rarement et beaucoup plus réduits, quant à leur dimension. La glande est composée d'un plan cutané avec auréole plus ou moins garnie des poils et un mamelon, un tissu cellulo-adipeux sous-cutané, enfin un petit corps glandulaire aplati en forme de disque qui représente des canaux galactophores courts et étroits.

Nous insistons incidemment que les lymphatiques sont les mêmes chez les deux sexes.

L'explication de la rareté du cancer du sein chez l'homme par Gilbert est parfaitement d'accord avec la règle générale que le cancer se développe peu sur des vestiges embryonnaires.

Néanmoins l'avis de Pigot nous paraît aussi plausible, évidemment d'un autre point de vue : Si l'homme

y est moins enclin, que la femme c'est du fait de la plus grande rareté des affections chroniques ou aiguës qu'il présente à cette région.

ÉTIOLOGIE

Organe rudimentaire, sans rôle physiologique appréciable, le sein n'ayant pas chez l'homme la lourde tâche d'assurer l'existence du nouveau-né, on conçoit facilement qu'il sera moins souvent que chez la femme frappé par le processus néoplasique.

Donc en se basant sur les statistiques et sur nos observations personnelles nous pouvons dire que les cancers du sein chez l'homme sont surtout nombreux de 40 à 70 ans et que leur fréquence paraît augmenter à mesure que l'individu avance en âge.

Mais une autre question se pose. Est-ce le sein droit ? Est-ce le sein gauche ? qui est le plus souvent atteint ? Les opinions sont partagées, les chiffres ne concordent pas. Horteloup, par exemple sur 30 observations a trouvé 17 cancers du sein gauche. Poirier a noté 23 gauche et 13 à droite. Williams, 38 à droite et 33 à gauche.

Quoi qu'il en soit, toutes ces statistiques ne présentent pas de différences bien sensibles et nous pouvons admettre que les deux seins sont indifféremment atteints !

Mais quelle peut donc être la cause de ce mal ?

Nous pouvons la considérer comme vaguement connue. Diverses opinions ont été émises, mais la plupart nous paraissent plus agréable à l'esprit que rationnelles.

Gynécomastie

Certains auteurs, Ewing, Pigot, Schuchan, ont voulu établir que le cancer de la mamelle chez l'homme apparaissait surtout lorsque ce dernier avait les seins anormalement développés, ou lorsqu'il leur faisait subir des modifications physiologiques capables de les rendre comparables à ceux de la femme. Le cancer serait dans ce cas consécutif à la gynécomastie ou à la succion. Besne, Imbert et Villevon ont apporté des cas de concomitance de gynécomastie et de cancer. Evidemment chez certains individus atteints de tumeurs du sein, cet organe était plus développé qu'à l'état normal, mais ces constatations ne sont pas suffisantes, car la plupart des gynécomastes ont le sein constitué par des amas de graisse avec un rudiment de glande mammaire et cette hypertrophie grasseuse ne peut que théoriquement, à elle seule, donner naissance, nous semble-t-il, à une tumeur maligne !

Il en est de même de la succion qui à elle seule nous paraît incapable d'amener une perturbation histologique et l'apparition d'un cancer.

Malgré la sécrétion d'un liquide lactescent ne ressemblant en rien au lait de femme, l'appareil sécréteur de la glande reste rudimentaire et ici, comme dans la gynécomastie, nous pensons qu'une cause spéciale, un frottement ou peut-être un léger traumatisme peuvent peu à peu prédisposer au cancer. Il se pourrait que les vêtements frottant continuellement sur des seins volumineux et les comprimant constituent cette cause pré-

disposante. Nous en arrivons donc ainsi à la théorie du traumatisme.

Traumatisme

Plusieurs observations de cancers du sein chez l'homme montrent l'apparition de la tumeur après des traumatismes fréquents et répétés, outils constamment appuyés sur la région mammaire, soit après un choc unique ou après un traumatisme quelconque. D'autre part il est bien rare qu'une femme ayant un cancer de la mamelle ne vienne nous dire « J'ai reçu un coup au niveau du sein ».

Citons le cas de Poirier où le néoplasme apparut à la suite de suctions fréquentes, et celui de Williams où sa localisation parut favorisée par un eczéma rebelle, ou encore d'un malade de Thovens dont la néoplasie fut consécutive à un zona.

Le rôle étiologique du traumatisme a été très discuté. Pour Murphy, le sein est le seul organe de l'organisme où un cancer est susceptible de se développer par suite d'un léger traumatisme, ce qui n'est pas l'avis de Knox. Cohuchardt constate le traumatisme à la base 25 fois sur 219 cas de cancer du sein, Indds 1 fois sur 17, Williams 14 fois sur 30.

Par contre Néal a relevé dans 5 cas seulement la présence de traumatisme comme cause de cancer, sur les 69 cas qu'il a observés.

De là, à conclure que le traumatisme est un facteur étiologique d'importance relative et que sur un sujet

sain et non prédisposé on ne peut pas incriminer un seul traumatisme comme cause de néoplasme. Mais les faits nous montrent cependant qu'un traumatisme unique a pu provoquer un cancer (Murphy) ou aggraver une tumeur préexistante ou ignorée par le malade.

Certaines lymphangites et inflammations pouvaient être aussi le point de départ de ces néoplasies.

Nous ne ferons que mentionner la théorie de l'hérédité. Ce facteur est rarement incriminé, les malades ignorent le plus souvent leurs antécédents pathologiques (100 observations). Williams a rapporté aussi trois cas et dans ces trois cas l'ascendant avait présenté un cancer du sein.

Von Winiwarter considère l'hérédité comme un facteur causal dans 5,8 %.

Toutes ces opinions ne sont malheureusement pas mises au point.

C'est un échafaudage branlant et la question ne sera vraiment élucidée que lorsque nous connaîtrons à fond l'étiologie et la pathogénie du cancer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etant donné l'analogie complète qui existe chez la femme en ce qui concerne les caractères anatomo-pathologiques nous exposerons brièvement :

Sous la glande mammaire de l'homme deux tissus se présentent : le tissu glandulaire et le tissu conjonctif. Des réactions néoplasiques peuvent se produire aux dépens de l'un ou l'autre de ces deux tissus. Dans la cellule glandulaire, élément noble, nous verrons naître et croître à ses dépens, les épithéliomas, au dépens du tissu conjonctif se produisent des sarcomes.

Citons parmi les tumeurs épithéliales les épithéliomas qui ont leur origine dans la peau. Ce sont les cancroïdes qui pénètrent ultérieurement dans la glande. Les néoplasmes naissant de la glande mammaire elle-même ou de son tissu de soutien sont : l'épithélioma typique, l'épithélioma atypique (carcinome) et le sarcome.

L'épithélioma typique

La forme fréquente chez l'homme est l'épithélioma intracanaliculaire, puisque chez lui la glande étant atrophiée, seuls les canaux galactophores sont développés. Au point de vue microscopique c'est un épithélioma cylindrique ; les limites périphériques des canaux ne

sont pas touchées, mais les cellules cancéreuses peuvent franchir la paroi et envahir le sein.

Microscopiquement nous avons vu que le cancer mammaire peut apparaître du côté droit comme du côté gauche et nous verrons qu'il se rencontre nécessairement dans le voisinage du mamelon. La lésion elle-même aboutit de bonne heure à l'ulcération qui se trouve sur une base indurée. Les bords surélevés et indurés sont violacés, le fond peut être lisse, un peu suppurant. Les anfractuosités formées de bourgeons exubérants saignent facilement au contact. La lymphangite cancéreuse peut résulter de cette ulcération.

Le carcinome

La forme la plus fréquente chez l'homme. La lésion primitive est localisée dans la prolifération des cellules épithéliales des acinis, quant à la prolifération du tissu conjonctif, elle est secondaire. Des masses cellulaires se forment, distendent les parois jusqu'à destruction complète et favorisent ainsi l'envahissement des interstices du tissu conjonctif périacineux. Les cellules constituant les tumeurs sont polymorphes cubiques, ou cylindriques. Il y a bouleversement complet de l'architecture de l'organe.

Suivant la proportion relative des cellules épithéliales et des éléments conjonctifs on distingue des types différents de carcinome.

Le squirrhe est la forme la plus habituelle chez l'homme, c'est un cancer dur, fibreux composé de tissu

conjonctif en abondance avec alvéoles cancéreuses très réduites et avec alvéoles avec quelques cellules épithéliales. Les amas cellulaires sont étouffés par une néoformation fibreuse. L'évolution de cette tumeur est lente et peut s'ulcérer.

L'encéphaloïde

Constitué par des amas de cellules épithéliales et donnant beaucoup de suc au râclage. La surface de section est blanchâtre et molle. Sur le couteau à la coupe un suc latescent et ramené, formé essentiellement de cellules cancéreuses. Les ganglions lymphatiques de l'aisselle sont envahis de bonne heure, s'hypertrophient et se transforment en tumeurs secondaires. Les métastases sont fréquentes et le grand pectoral est souvent atteint, heureusement cette forme est assez peu commune.

Poirier signale 5 cas de cancer encéphaloïde sur 60 squirrhes. Williams sur 9 cancers note 88 squirrhes et 3 encéphaloïdes.

Signalons comme rareté, le *carcinome mélanique* rapporté par Forgue et Chauvin (*Revue de Chirurgie*, 1919).

Une autre rareté c'est le sarcome, bien décrit par Poirier chez l'homme il a ses caractères habituels. Les cellules sarcomateuses sont fusiformes et à la coupe, la surface de section montre un tissu grisâtre, soit terne, humide, souvent creusé des cavités où se font des hémorragies. En certains points des ramollissements in-

diquent que les cellules ont subi une dégénérescence graisseuse ou muqueuse.

Comme dans toute néoplasie, nous retrouvons ici un retentissement ganglionnaire. L'aisselle présente à la palpation, une sensation de petits corps arrondis plus ou moins volumineux et mobiles sous le doigt. La tumeur peut dans certains cas dépasser le sternum et nous pouvons alors constater une hypertrophie ganglionnaire du côté opposé à la tumeur du stade de généralisation, enfin, nous signalons des engorgements ganglionnaires au cou, ainsi que la propagation lymphatique vers les ganglions médiastinaux et par les traversées sous-pleurales, vers les ganglions prévertébraux, les trous de conjugaison et la colonne dorsale.

Nous concluons donc ce chapitre en disant que l'examen anatomo-pathologique de toutes tumeurs doit être fait avec scrupule, il faut en effet autant que possible, se mettre en garde contre la trop grande facilité avec laquelle on prend des observations de fantaisie et une observation ne peut être considérée comme valable que si des anatomo-pathologiques scrupuleusement approfondies viennent compléter notre diagnostic.

SYMPTOMATOLOGIE, MARCHE, DURÉE

Il peut se faire que l'individu atteint d'un cancer du sein découvre par hasard une petite nodosité siégeant sur un point de la mamelle, nodosité de volume variable, tantôt de la grosseur d'une noisette, d'une amande, d'une noix tantôt comparable à une orange. Aussi est-il incapable de nous renseigner sur la date exacte de l'apparition du néoplasme. Donc en théorie le tableau clinique du cancer du sein chez l'homme diffère peu de celui de la femme. Nous trouvons la même lenteur d'évolution de la tumeur qui reste longtemps petite et souvent latente sous la forme d'une tumeur aux limites imprécises. Elle est adhérente au reste de la glande, envahissante, infectant les ganglions et souvent susceptible de se généraliser.

Début insidieux parfois c'est un simple picotement qui attire l'attention du malade, rarement des douleurs intercostales. Beaucoup plus fréquemment c'est un léger écoulement séro-sanglant par le mamelon. Ceci peut être considéré comme un élément de diagnostic précoce. Pendant quelque temps, la tumeur reste stationnaire, mais à un moment donné, on la verra rapidement s'accroître, la masse s'indurera, deviendra irrégulière, bosselée, mobile, en ses parties profondes et toujours adhérente à la peau, puis peu à peu envahira le grand pectoral. Plus tard le mamelon se rétracte

(Poirier signale cette rétraction 15 fois sur 36 malades). Pendant ce temps les ganglions de l'aisselle ont subi un notable accroissement, et le sujet dénote un amaigrissement appréciable.

La tumeur semble se fixer dans la profondeur par une série de tractus fibreux produisant l'aspect de peau d'orange.

La réaction du mamelon est observée dans une variété à évolution lente, le squirrhe atrophique où domine la néoformation conjonctive, mais en réalité elle peut se voir dans certaines tumeurs bénignes.

La peau sillonnée des grosses veines est souvent infiltrée et ceci de façon beaucoup plus précise que chez la femme :

dans d'autres cas, la tumeur acquerra très rapidement un volume énorme, subira une transformation kystique, puis le kyste venant à s'ouvrir, elle diminuera jusqu'à la formation d'un autre kyste (Poirier).

L'état général n'est pas touché, le malade continue à vaquer à ses occupations, ignorant la malignité de son affection.

Plus tard un ou deux ans après à la période des douleurs inconstantes apparaissent quelquefois à la suite d'ulcération. Ce sont de simples picotements et parfois des douleurs sourdes, ces douleurs peuvent être spontanées ou provoquées. Quelquefois elles n'apparaissent que dans le décubitus dorsal et ne sont calmées que par la position debout ou assise (Horteloup).

Le siège du néoplasme est variable : il peut occuper le centre du mamelon, sa partie inférieure et externe

ou être situé dans le cadran supéro-externe. La peau s'épaissit, prend l'aspect de la peau d'orange et fréquemment devient violacée, préparant l'ulcération. A la palpation on trouve les mêmes éléments qu'à la période de début, mais avec une plus grande netteté.

Et le cancer arrive souvent à la phase d'ulcération. D'après Gilbert, l'époque de l'apparition de cette ulcération est variable, mais elle a tendance à apparaître très tôt, après un an environ, les ganglions siègent de préférence sous le bord inférieur du grand pectoral et dans le fond de l'aisselle. Ils sont petits, durs, mobiles et parfois réunis.

La symptomatologie ne deviendra donc que tardivement inquiétante. Mais du jour où cette tumeur primitivement d'apparence bénigne commencera à s'hypertrophier, à infiltrer les tissus voisins, peu à peu la cachexie fera son œuvre et la mort surviendra six à huit mois en moyenne, après cette transformation.

Nous n'insisterons pas sur la durée de l'affection, car généralement le malade ne peut qu'imparfaitement nous renseigner sur la date du début, Poirier croit à une durée de 3 ans et demi, mais il incline tout de même pour une durée beaucoup plus longue.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit se faire le plus tôt possible, car de sa précocité dépend le pronostic, malheureusement les malades ne viennent nous trouver que lorsque la tumeur atteint un degré de malignité trop avancé.

Nous ne confondrons pas la mastite du nouveau-né, car chez ce dernier, il ne saurait être question de néoplasme. Il en sera de même pour les abcès aigus du sein. Leur marche ne peut prêter à confusion, un abcès froid costal sera reconnaissable à sa fluctuation et à la lenteur de sa progression, la ponction, l'examen du liquide renseigneront sur la possibilité d'un kyste hydatique. Un écoulement de sang par le mamelon conduit le sujet à consulter le chirurgien lequel constate sous l'aréole, une petite grosseur du volume d'un pois : le diagnostic de végétation intracanaliculaire s'impose.

L'attention du malade est attirée par le développement progressif indolent d'une tuméfaction du sein, on va tenir compte de la consistance de la masse, de sa mobilité sur les plans profonds, de la présence ou l'absence d'une adénopathie de l'aisselle. Certaines tumeurs bénignes peuvent nous induire en erreur, la mobilité et l'absence de tout retentissement ganglionnaire nous mettront sur la voie d'un adénome. Lorsqu'on ne rencontre pas de ganglions, on ne peut pour-

tant affirmer qu'il s'agit bien d'un adénofibrome canaliculaire, que si le noyau est également ferme au toucher et s'il ne s'immobilise pas lors de la contraction du pectoral.

Les adénomes et les fibromes ont en général des limites nettes, encapsulés; de plus en plus leur faible volume, la lenteur de leur évolution et l'absence presque constante de réaction ganglionnaire permettent de les reconnaître facilement.

Mais combien plus intéressantes et importantes au point de vue diagnostic sont les lésions syphilitiques et tuberculeuses de la mamelle.

La gomme syphilitique non ulcérée du sein a un début analogue à celui du cancer. En faveur de la gomme on trouvera les antécédents du malade, la persistance prolongée de la mobilité et surtout la recherche des autres lésions spécifiques. La réaction de Wassermann et le traitement spécifique seront une précieuse indication.

Quant à la *tuberculose*, elle se présentera soit sous la forme de tuberculose constituant une tumeur rappelant en tous points un cancer au début soit sous la forme infiltrée pouvant faire croire à un cancer en nappe. Elle peut s'accompagner de rétraction du mamelon et souvent d'adénopathie axillaire.

En faveur de la tuberculose on peut invoquer la disproportion fréquente entre la tumeur et l'adénite. Les ganglions bacillaires s'empâtent et tendent de façon assez précoce à se ramollir et à suppurer.

A la période ulcéreuse du cancer, le diagnostic s'im-

pose dans la plupart des cas, quoique trois affections puissent prêter à confusion : le chancre syphilitique, les ulcérations gommeuses syphilitiques, et les ulcérations tuberculeuses.

Le chancre syphilitique du sein chez l'homme est une lésion exceptionnelle. Mais quand elle existe elle peut être mal soignée, et s'infecter secondairement.

Ainsi elle pourra présenter les mêmes aspects qu'un cancer, mais l'adénopathie axillaire de la syphilis qui serait très précoce, l'induration limitée et la coloration caractéristique de l'ulcération permettraient facilement d'éliminer un néoplasme. De plus l'interrogatoire, le B. W. et les accidents secondaires élimineront l'idée de cancer.

Les ulcérations gommeuses syphilitiques sont profondes et arrondies et ne sont que des aboutissants de la gomme spécifique. Les ulcérations tuberculeuses ont des caractères particuliers : les bords sont décollés, amincis, violacés. Plus larges et plus profondes ces ulcérations s'accompagnent d'un engorgement ganglionnaire plus diffus.

PRONOSTIC

L'évolution d'une tumeur maligne abandonnée à elle-même aboutit après une échéance plus ou moins longue à une terminaison mortelle ; dans la majorité des cas, la marche envahissante de la tumeur atteint les ganglions lymphatiques de l'aisselle. En dehors des métastases viscérales et de l'envahissement général, on ne peut voir le processus s'étendre à la colonne vertébrale, à la plèvre du poumon et du foie. La résorption des produits toxiques sécrétés par les cellules néoplasiques fait entrer le malade dans la période de cachexie cancéreuse à laquelle il succombe.

Il est très difficile de se prononcer sur la durée de l'infection, car la plupart du temps le malade ne peut fournir des renseignements précis sur l'époque du début de sa tumeur, et si Poirier avance une durée de 3 ans 1/2 il incline à admettre une durée beaucoup plus longue.

L'évolution de la tumeur peut être très lente ou en deux temps, c'est ainsi qu'une tumeur demeurée longtemps stationnaire peut prendre en très peu de temps un développement considérable, une intervention précoce faite toute au début de la néoformation pourrait enrayer définitivement la marche du cancer. Mais les récidives sont fréquentes, ces tumeurs récidivantes siègent ordinairement dans la cicatrice même ou au

niveau des ganglions axillaires, elles peuvent même atteindre le sein opposé.

Donc en définitive le pronostic du cancer chez l'homme dépend d'un diagnostic précoce et d'une intervention prise au début réel.

TRAITEMENT

Il n'est point de remède, ni de moyen destructeur qui n'aient été préconisé contre le cancer du sein. Les médications les plus variées ne possèdent pas le moindre effet curateur et ne peuvent être citées que pour mémoire. Seule l'intervention opératoire, hâtive et large, peut souvent prolonger la vie des malades. Le manuel opératoire ne présente rien de particulier et reste le même que dans l'ablation du sein cancéreux chez la femme.

En un mot le mal doit être extirpé dans toute son étendue, opération aussi large que possible, la mamelle doit être sacrifiée entièrement. Dans tous les cas, le creux axillaire sera ouvert, exposé à la vue et au doigt, débarrassé de tout ce qui paraît suspect. Malheureusement tous les chirurgiens ne sont pas d'accord sur ce point, quelques-uns ne veulent fendre l'aisselle et extirper les ganglions que si ces derniers sont manifestement atteints. Buttlin qui partage cette opinion, donne des résultats suivants :

98 opérés sans curage. 19 guérisons

144 opérés avec curage. 11 guérisons

Quant à nous, nous pensons que dans la très grande majorité des cas il faut éviter de se montrer trop parcimonieux, de crainte de laisser échapper quelques petits ganglions déjà malades.

Mais le cancer n'est pas toujours opérable ; dans ce cas, soulager le malade en calmant la douleur par la morphine en injections sous-cutanées et en désinfectant l'ulcération.

Malgré les interventions les plus minutieuses, *les récurrences* ne sont malheureusement que trop fréquents. Poirier, lui, n'en compte que 12 cas sur 33.

OBSERVATIONS

Obs. 1 (*Inédite*, due à l'obligeance de M. le Professeur LOEPER).

M. T. P., âgé de 58 ans, entre à l'hôpital le 9 octobre 1935, pour des douleurs siégeant dans tout le corps, mais surtout dans les membres, avec sensation d'ankylose, empêchant même le malade de marcher. Les douleurs disparaissent au repos.

Histoire de la maladie.

Il y a cinq ans, le malade est allé consulter un médecin pour des picotements et sensation de tiraillement siégeant au niveau du sein gauche. Le médecin consulté a fait admettre le malade à l'hôpital où, après les examens nécessaires, on a diagnostiqué un néo du sein, avec quelques ganglions dans le creux axillaire. Le malade a été opéré, accompagné d'un curage des ganglions axillaires. L'opération a été suivie d'un traitement par les rayons X, pendant deux ans. Quand un ulcère est apparu au niveau de la cicatrice, on a cessé le traitement. Depuis l'intervention, l'état général a été satisfaisant. Mais, quelques mois plus tard, un amaigrissement avec asthénie et anorexie a compromis l'état général. La température a varié entre 37°5 et 38°2. Pouls 100, T. A. 179.

A l'examen général :

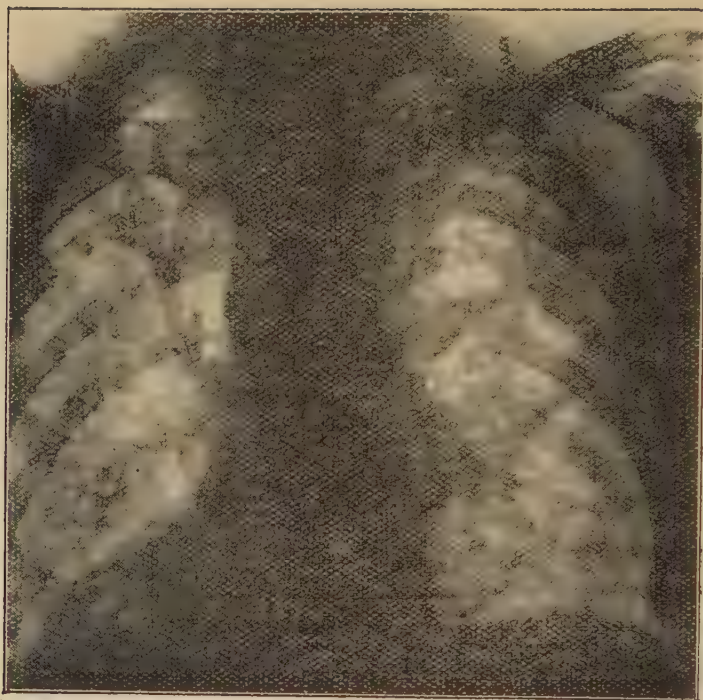


FIG. 1. — Observation 1. Métastase pulmonaire.



FIG. 2. - Observation 1. Métastase osseuse.



FIG. 3. — Observation 1. Cellules cancéreuses du poumon.

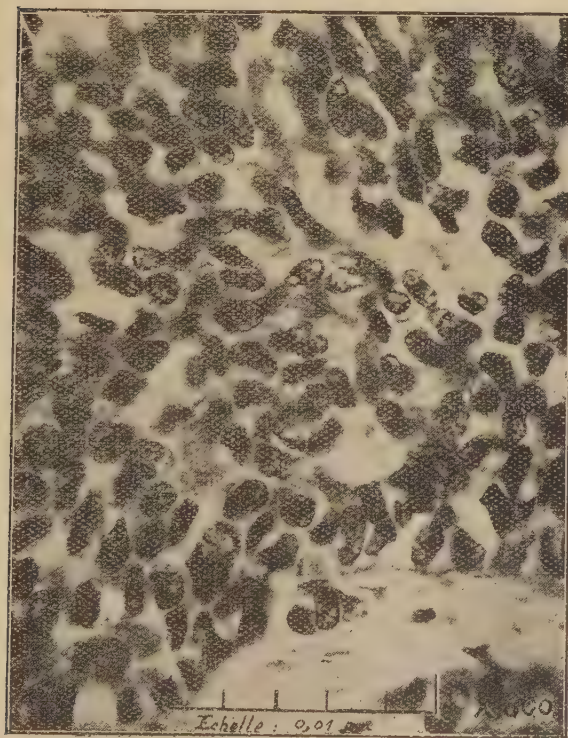


FIG. 4. — Observation 1. *Idem*, fort grossissement.

Foie : normal ;

Cœur : normal ;

Poumons : après l'observation qui m'a été fournie, il n'y a rien à signaler, mais, en examinant la radiographie pulmonaire, on constate une image nodulaire. On a fait également des radiographies des membres inférieurs, qui démontrent nettement des métastases osseuses.

Le malade est décédé le 21 octobre 1935.

Obs. 2 (due à l'obligeance de M. le Professeur LOEPER).

(Il est très difficile de faire des observations complètes de ces malades, vu qu'ils ont été traités dans divers hôpitaux, qu'ils quittent en général avant qu'on puisse se prononcer définitivement sur leur cas, qui est généralement défavorable).

Malade âgé de 71 ans, atteint de néo du sein gauche, dont le début remonte à six mois. Le néoplasme a acquis le volume d'une noix aplatie, il tient à la peau mais est libre sur les plans profonds et s'accompagne d'une adénopathie axillaire formée par un seul gros ganglion.

Le malade est opéré le 15 mai 1924. On lui fait une ablation large du sein, avec curage de l'aisselle, sans ablation des muscles pectoraux. Seule, l'aponévrose pectorale est enlevée.

Un examen histologique a été fait, dont le compte rendu n'a pas été conservé. Suites normales.

Le 6 novembre 1924, le malade est réopéré d'une adé-

nopathie interpectorale, on lui enlève les muscles pectoraux avec l'adénopathie.

Le 10 février 1925, on constate l'existence d'un noyau néoplasique cutané repoussant avec rapidité sur la cicatrice opératoire. Deux autres nodules cutanés axillaires l'accompagnent. Le malade est alors adressé à M. Belot, médecin électroradiologiste de l'hôpital Saint-Louis, pour radiothérapie. Deux séries de ce traitement ($4000 \text{ R } \frac{2 \text{ cu}}{2 \text{ al.}}$) lui sont faites, qui atténuent les récives apparues antérieurement mais n'empêchent pas d'autres nodules d'apparaître. Au retour d'une séance radiographique, à Paris, le malade a commencé des complications pulmonaires fébriles, entraînant la mort au printemps 1926.

S'agissait-il d'une bacillose ou métastase pulmonaire, il nous est impossible de l'affirmer. En tout cas, le malade est un ancien bacillaire et spécifique. Il n'est pas impossible que néo et B. K. aient fait l'œuvre ensemble.

Obs. 3 (due à l'obligeance de M. le Professeur Lœper).

Observation malheureusement très courte, vu que le malade, après avoir été traité chez M. Belot, par radiothérapie, ne s'est pas présenté après le traitement. Aussi est-il impossible de conclure quel fut le résultat définitif ni combien a duré la survie.

Il s'agit d'un nommé Gy. J., 60 ans, atteint d'un néo du sein droit. Après l'opération, avec curage des ganglions, le 23 janvier 1931, on lui a fait des irradiations

dans le service de M. Belot, à partir du 18 janvier 1932 jusqu'au 17 mai 1933. Le résultat ayant été satisfaisant. Depuis, le malade n'a pas été revu et il nous est impossible de conclure.

CONCLUSIONS

Le cancer du sein chez l'homme présente les mêmes caractères que celui de la femme.

Le pronostic dépend avant tout de la précocité du diagnostic et de la variété du cancer qui offrent chez l'homme le même degré de malignité que chez la femme et le traitement reste le même.

Parmi les trois observations que nous publions grâce à l'obligeance de M. le Professeur Læper, nous pouvons affirmer que dans deux cas il s'agit aussi de métastases pulmonaires.

Les récidives sont fréquentes et la mort survient également par suite de cachexie cancéreuse.

On peut également affirmer que les métastases pulmonaires sont presque constantes.

Cependant d'après certains auteurs : Velpeau, Birkett, Liston, le cancer du sein chez l'homme est moins grave que chez la femme.

D'une façon générale si le pronostic est moins sombre chez l'homme, la cause en serait due uniquement à la plus grande fréquence chez l'homme, que chez la femme, des formes les moins mauvaises.

Vu, le Doyen,
G. ROUSSY

Le Président de la thèse,
LÉPER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

HARRY I. BOBKICWICZ. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme (*Thèse de Paris*, 1935).

A. BORTIN et L. I. BOLTON. — Carcinoma of breast in male, with metastases to internal organ skeletal system and to skin (*M. I. Rec.* 133, 230, 234, 4 mars 1931).

K. L. CHAN. — Case of carcinoma of breast in Male (*China medical J.*, 44, 564-565 jun 1930).

W. COURAUD et A. BONNARD. — Un cas d'épithéliome mammaire avec métastase ganglionnaire chez l'homme (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 58, 318, 25 avril 1928).

CUMSTON. — Cancer of the male breast (*Internat Clin. Philadelphia*, 1939, 30 S. II P. 25-32).

DESSAINT et PLANTEVIN. — Deux cas de cancers des seins chez l'homme (*Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer* 20, 94, 102, janvier 1931).

BAILEY-STUDIES. — On the male breast.

BUSSU. — Tumeurs chez l'homme (*J. de Chir.*) tome XXV page 392).

DESSAINT et SANTEVIN. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme (*Bull. Assoc. Franc. pour l'étude du cancer*, 20, 94, 102, janvier 1931).

GUITER. — Contribution à l'étude du traitement et des résultats post-opératoires de l'épithélioma du sein chez l'homme.

HEWENSCHMIDT A. — Cancer du sein chez l'homme (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, octobre 1921).

KNOX. — Trauma and tumors (*Arch. Path.*, 1929).

LAFORGUE. — Du cancer du sein chez l'homme (*Thèse Toulouse*, 1896).

DURAND DASTES. — Un cas de cancer du sein chez l'homme (*Société de Médecine et de Chirurgie et de Pharmacie de Toulouse*, séance du 18-10-33).

I. FESSLER. — Cancer of mamma in male (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 172, 429-437, 1932).

I. B. GILBERT. — Carcioroma of male breast with special reference to etiology (*Surg. Gynec. et Obst.*, 57, 451, 466, octobre 1933).

I. DE LA GUARDIA et M. D. CARDENAS PUPO. — Sobre un caso de cancer de la mama masculina (*Rev. de Méd. Chirurg. de la Habana*, 39, 345, 353, 31 mai 1934).

H. C. P. GUNENWARDONE. — Cancer of male breast (*Ceylan Brit. M. D.*, 23 june 1934).

M. A. HUSAIN. — seirrhus cancer of breast in made (*Indian M. J.* t. XLV, 65, 330, juin 1930).

JEHANNENEY. — Cancer du sein chez l'homme (avec Mothez-Cornat) (*Soc. Anatomo Clinique de Bordeaux*, 28 4-24).

JORGE M. et O. BERISSO. — Dos casos de cancer del seno en el Hombre (*Bol. y. trab. de la Soc. de Chirurg. de Buenos Aires*, 15, 793, 805, 9 septembre 1931).

E. S. PIDD et H. D. MORSE. — Carcinome of male breast (*Surg. Gynec. et Obst.*, t. XLII, 15-18 janv. 1926).

R. H. KUMMER. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme (*Lyon Chirurgical*, 1923, t. XX, p. 583).

A. LACASSAGNE. — Apparition de cancer de la mamelle chez la souris mâle soumise à des injections de folliculine (*Compte rendu de l'Académie des Sciences*, 195, 630, 632, 10 oct. 1932).

I. LLAMBIAS et G. OROSCO. — Carcinoma alveolar de la glandula mammaire on el hombre (*Semana Médica.*, I, 316, 318, 9 février 1928).

A. I. LUDLOW H. — Carcinoma of male breast (*China M.*, 39, 1076-1079 décembre 1925).

I. A. C. MACEVEN. — Carcinoma of male breast (*Brit. M. J.*, 961, 28 mai 1927).

MONOD et JAYLE — Cancer du sein.

MAZZINI. — Cancer Mammario on el Hombre (*Bol. y. Trab. de la Società de Chirurgie de Buenos-Aires*, 13, 745, 775, 20 oct. 1929).

A MIAMI — Fibro adenoma of male mammary skand (*Gaz. d'esp.* 42, 877, at sept. 1921).

M. MITRA. — Cancer of breast in mam. (*Cluj. Med.* 11, 400-403 A. An G. 1930).

MOIROND et CHOSSON. — Un cas de cancer du sein chez l'Homme (*Bull. de la Società de Chirurgie de Marseille*, juin 1929).

I. T. LOOVE. — Cancer of male breast (*Am. J. Surg.* 24, 305-326, mai 1934).

G. NICOLOSI. — Su di un caso di epithelioma della mammella mosel (Contributi Clinico et anatomo Patologico) (*Reforma Medica*, 47, 911, 914, 15 juin 1931).

ETIENNE père. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme (*Thèse de Bordeaux*, 1927).

PETIT DE LA VILLEON. — Cancer du sein chez l'homme (*Gazette des Hôpitaux*, t. XCIII, nov., 1928, p. 1678).

SCHUCHAVDT. — Weitere mitteilunger zur Casnistih und Statistik der Ven bildungen in der maenlichen Brust (*Arch. Cein Chir.*, 1885, XXXII, 277-322).

TISSOT. — Cancer du sein chez l'homme, névrite radicaire hétérolatérale (*Prog. Méd.*, Paris, 1912, 3^e série).

VILLEON. — Cancer du sein chez l'homme (*Bulletin et mém. de la Soc. Chir. de Paris*, n° 14, 1928).

VON WINNIWARTER. — Beitræge zur Statistik der carcinome nut besindever Kusecht anf die dounde Heilbavkeit durch operative Behandlung (Stuttgart 1879).

WOLFF. — Die Lehr von der Kerebskvankheit, vol. II, 1170-1172 (léna I. Fischer, n° 911).

PETIT DE LA VILLEON. — Cancer du sein chez l'homme (*Bulletin et mémoires de la Società des Chirurgiens de Paris*, n° 14, 3 novembre 1928, p. 744).

L. PERIT. — Epithelioma frappant successivement les deux seins de l'homme âgé : Double amputation, guérison (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, 69, 938, 7 July 1934).

PIERI E.-M.-F.-L. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme (*Thèse de Bordeaux*, 1926, 27 In. et n° 31).

PISTOCCHI. — Carcinome de la mamelle masc. *Minerva Médica*, 10 avril 1937).

PRETI. — Sopra un caso di neoplasma della mamella maschi (*Boll. Med. Trontino*, 44, 366-370, août 1929).

S. C. RADVIN. — Cancer of male breast (*S. Clin. North. America*, 14, 131, 133, févr. 1934).

R. ROSCH. — Cancer of breast in male (*Am. Surg.* 514-516, sept. 1934).

M. UNAR. — Cancer of breast in male (*Indian M. Gaz.*, 65-636, nov. 1930).

Edmundo VASCONCELLOS. — Carcioma de laen ma no homen (*Bol. da Soc. de Med. e circ. de Sao Paulo*, février 1930).

I. M. WAINWRIGHT. — Carcinoma of male breast, clinical and pathologie studj (*Archud Surg.*, 14, 856-859, avril 1927).

R.-P. ZALETEL. — Estudio anatolo clinico del cancer de la mama en el hombre (segun los hallazgos del Laboratorio y post mortem) (*Rev. med. Cubana* 41, 439, avril 1930).

I. CHENET. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme (*Thèse de Paris*, 1876, n° 1).

P. HORTELOUP. — Des tumeurs du sein chez l'homme thèse d'après G. Paris 1872).

A. LANDRY. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme (*Thèse de Paris*, 1883).

P. POIRIER. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme (*Thèse de Paris*, 1883).

